

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1936

THÈSE

N°

790

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'État)

PAR

Edmond BLOMME

Né à Dunkerque (Nord), le 19 Octobre 1908

LES INJECTIONS LOCALES
DE NOVOCAÏNE
EN THÉRAPEUTIQUE
DERMATOLOGIQUE

Président : M. RATHERY Professeur

PARIS

AMÉDÉE LEGRAND, ÉDITEUR

93, Boulevard St-Germain, 93

1936



Digitized by the Internet Archive
in 2026

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1936

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'État)

PAR

Edmond BLOMME

Né à Dunkerque (Nord), le 19 Octobre 1908

LES INJECTIONS LOCALES DE NOVOCAÏNE EN THÉRAPEUTIQUE DERMATOLOGIQUE

Président : M. RATHERY Professeur

PARIS

AMÉDÉE LEGRAND, ÉDITEUR

93, Boulevard St-Germain, 93

1936

I. — PROFESSEURS

MM.

Anatomie	ROUVIERE.
Physiologie	Léon BINET.
Physique médicale	STROHL.
Chimie médicale	DESGREZ.
Bactériologie	Robert DEBRE.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT
Pathologie médicale et générale	BAUDOUIN.
Pathologie chirurgicale	ABRAMI.
Anatomie pathologique	ROUSSY.
Histologie	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale	TIFFENEAU.
Thérapeutique	HARVIER.
Hygiène et médecine préventive	TANON.
Médecine légale	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie.....	LAIGNEL-LAVASTINE.
Pathologie expérimentale et comparée	FIESSINGER.
Hydrologie thérapeutique et climatologie	Maurice VILLARET.
Clinique médicale	LOEPER.
	CARNOT.
	CLERC.
	Marcel LABBE.
Hygiène et clinique de la première enfance	LEREBOULLET.
Clinique des maladies des enfants	NOBECOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GOUGEROT.
Clinique des maladies du système nerveux	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses	LEMIERRE.
	CUNEO.
Clinique chirurgicale	GOSSET.
	GREGOIRE.
	LENORMANT.
Clinique ophtalmologique	TERRIEN.
Clinique urologique	MARION.
	BRINDEAU.
Clinique d'accouchements	COUVELAIRE.
	JEANNIN.
Clinique gynécologique	MOCQUOT.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	OMBREDANNE.
Clinique thérapeutique médicale	RATHERY.
Clinique oto-rhino-laryngologique	LEMAITRE.
Clinique thérapeutique chirurgicale	Pierre DUVAL.
Clinique propédeutique	SERGENT.
Clinique de la Tuberculose	BEZANÇON.
Clinique chirurgicale orthopédique de l'adulte.....	MATHIEU.
	LAUBRY.
	MULON.
Professeurs sans chaire	OLIVIER.
	VERNE.
	MOCQUOT.



II. — AGREGES EN EXERCICE

MM.

AMELINE Pathologie chirurgicale.
 BARIETY Pathologie médicale.
 BENARD (Henri) .. Pathologie médicale.
 BERNARD Etienne. Pathologie médicale.
 BOULIN Pathologie médicale.
 BULLIARD Histologie.
 CATHALA Pathologie médicale.
 CHEVALLIER Pathologie médicale.
 COSTE Pathologie médicale.
 DOGNON Physique.
 FEY Urologie.
 FUNCK Pathologie chirurgicale.
 GALLIARD Parasitologie.
 GASTINEL Bactériologie.
 DE GAUDART D'ALLAINES. Pathologie chirurgicale.
 DE GENNES Pathologie médicale.
 GAYET Physiologie.
 GIROUD Histologie.
 HAGUENAU Pathologie médicale.
 HALPHEN Oto-rhino-laryngologie.
 HAZARD Pharmacologie.
 HUGUENIN Anatomie pathologique.
 JOANNON Hygiène.
 LABBE (Henri) Chimie biologique.

MM.

LACOMME Obstétrique.
 LANTUEJOUL Obstétrique.
 LAROCHE (Guy) ... Pathologie médicale.
 LEMAIRE Pathologie expérimentale.
 LELONG Pathologie médicale.
 LEVEUF Pathologie chirurgicale.
 Mlle J. LEVY Pharmacologie.
 LEVY-VALENSI Neurologie et Psychiatrie.
 MENEGAUX Pathologie chirurgicale.
 MOREAU Pathologie médicale.
 MOULONGUET Pathologie chirurgicale.
 MOUQUIN Pathologie médicale.
 OBERLING Anatomie pathologique.
 PETIT-DUTAILLIS... Pathologie chirurgicale.
 PIEDLIEVRE Médecine légale.
 PORTES Obstétrique.
 RICHTER Physiologie.
 SANNIE Chimie biologique.
 SENEQUE Pathologie chirurgicale.
 TROISIER Pathologie expérimentale.
 TURPIN Pathologie médicale.
 VIGNES Obstétrique.
 WILMOTH Pathologie chirurgicale.
 J. BEZANÇON Hydrologie.

III. — AGREGES RAPPELES A L'EXERCICE

pour le service des examens

MM.

ALGLAVE Pathologie chirurgicale.
 BUSQUET Pharmacologie.
 CHAILLEY-BERT . Physiologie.

MM.

LEROUX Anatomie pathologique.
 NEVEU-LEMAIRE. Parasitologie.
 PHILIBERT Bactériologie.

IV. — AGREGES CHARGES DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE

à titre permanent.

MM.		MM.	
ABRAMI	Clinique médicale.	BASSET	Clinique chirurgicale.
ALAJOUANINE ...		BROCQ	
AUBERTIN		CADENAT	
BRULE		GATELLIER	
CHABROL		HEITZ-BOYER	
CHIRAY		MOURE	
DONZELOT		QUENU	
UVOIR		SCHWARTZ	
LIAN		VELTER	
PASTEUR-VALLE- RY - RADOT			
SEZARY			
MM.			
ECALLE	Clinique obstétricale.		
GUENIOT			
LE LORIER			
LEVY-SOLAL			
METZGER			

V. — CHARGES DE COURS

MM.	
CHAILLEY-BERT, agrégé	Education physique.
LEDoux-LEBARD	Radiologie clinique.
PHILIBERT, agrégé	Microbiologie
RUPPE	Stomatologie.
FREY	Stomatologie.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

Je dédie cette thèse

A MA MERE

*Qui, grâce à un travail acharné et
une abnégation totale m'a permis
d'entreprendre et d'achever mes
études médicales.*

*Qu'elle reçoive ici mon plus humble
témoignage de reconnaissance et
de piété filiale, faible reflet de ce
qu'elle a fait pour moi.*

A MON PERE

LE DOCTEUR E. BLOMME

*Mort au champ d'honneur, Verdun,
Mai 1916.*

(In memoriam.)

A MES GRANDS-PARENTS

A TOUTE MA FAMILLE

A MES AMIS

AU DOCTEUR DURANDARD

En reconnaissance du souvenir fidèle qu'il garda de mon père. Le seul dont l'amitié fut véritable, car la mort n'a pu l'altérer.

A NOTRE PRESIDENT DE THESE

MONSIEUR LE PROFESSEUR RATHERY

Membre de l'Académie de Médecine

*Qui nous a fait le grand honneur
d'accepter la présidence de notre
thèse.*

*Qu'il veuille trouver ici l'expression
de nos sentiments de vive recon-
naissance et d'admiration pro-
fonde.*

A MONSIEUR LE DOCTEUR TZANCK

Médecin de l'hôpital Broca

*Qui nous a permis de recueillir des
observations dans son service.*

AU DOCTEUR EDWIN SIDI

Assistant à l'hôpital Broca

*En reconnaissance des conseils précieux
qu'il nous a donnés pour la
rédaction de cette thèse.*

Ayant assisté bien souvent aux consultations de dermatologie, à l'hôpital Broca, dans le service de M. le Docteur TZANCK, nous avons eu l'occasion de remarquer les succès obtenus en pratique dermatologique par les injections locales de novocaïne.

Nous avons pensé que les indications de ce traitement et les résultats que l'on obtient lorsqu'on utilise une bonne technique seraient intéressants à signaler.

INTRODUCTION

Nul n'ignore les services rendus par la novocaïne dans l'*anesthésie locale*. Tout praticien fait usage journellement de novocaïne en injection sous-cutanée pour les petites interventions courantes : ouverture d'un panaris, ablation d'un kyste sébacé, d'un petit lipome, la résection d'une phalange.

Les chirurgiens l'emploient de préférence à l'anesthésie générale chaque fois qu'ils se trouvent en présence d'un malade âgé ou fatigué, lorsqu'ils pensent qu'une anesthésie générale pourrait affaiblir davantage le patient.

La rachi-anesthésie à la novocaïne est, depuis un certain temps, une méthode tout à fait au point pour toute opération sur les organes contenus dans le petit bassin. L'emploi de la novocaïne comme anesthésique local rend en outre d'innombrables services dans tous les domaines de la médecine, otorhino, ophtalmo, obstétrique, etc.

En dehors du but anesthésique, les injections locales de novocaïne peuvent avoir un véritable *effet thérapeutique*.

M. le Professeur LEBICHE, en 1930, signale la guérison d'arthrites chroniques après injection de novocaïne, au niveau des ligaments de l'articulation en cause.

Faisant suite à ces travaux, une éclosion d'articles en vue de vulgariser la méthode nous montrent qu'il est possible de traiter par les injections locales de novocaïne intra-ligamentaires : les traumatismes articulaires sans fractures, les entorses, les arthrites traumatiques, certaines maladies articulaires dues aux vices de positions fonctionnels des articulations.

La novocaïne en injection locale nous permet le traitement de certaines douleurs viscérales profondes, ayant une zone de projection cutanée. Après anesthésie de la surface réflectogène, certains praticiens ont vu céder les impressions douloureuses de lésion profonde : dans le service de M. le Professeur VAQUEZ furent traitées par cette méthode, quelques angines de poitrine et des palpitations douloureuses de lésions cardiaques.

En dermatologie, les injections locales de novocaïne ont été utilisées à des fins anesthésiques et même curatives. C'est le thème que nous nous sommes proposés de développer.

HISTORIQUE DE LA METHODE

Il semble que l'idée de traiter une lésion dermatologique par un anesthésique revienne à MONTAGUE, de New-York, qui, en 1922, injecta en plein territoire prurigineux une solution anesthésiante. Il constate une amélioration notable des phénomènes subjectifs et, dans certains cas, une guérison de lichénifications. L'auteur déduit de ces observations qu'il existe un prurit dû à l'appareil nerveux périphérique dont le diagnostic pourra être fait grâce à sa méthode.

WILNER, dans le même but, emploie de la novocaïne et obtient les mêmes résultats.

En 1929, en France, BENSAUDE et CHÈNE reprennent les travaux des Américains. Traitant un prurit anal par une solution anesthésique à base de benzoate de benzocaïne et d'alcool phénylméthylénique en injection locale dans le tissu cellulaire sous-jacent à la lésion, les auteurs concluent que leur thérapeutique ne guérit pas le malade, mais laisse à celui-ci une quiétude du fait de la disparition momentanée du prurit, permettant un traitement local plus efficace.

THIBERGE, LEGRAIN et FERNET, pour traiter un prurit ano-vulvaire, avaient proposé des injections épidurales de novocaïne.

D'autres ont eu l'idée d'attaquer les lésions par leur face profonde, mais sans anesthésiques.

MM. LÉVY-FRANKEL et GERSON, en 1932, injectant du sérum physiologique à 7 % dans la zone prurigineuse, les auteurs obtiennent des résultats qui, à leur avis, seraient dus à l'action sur les terminaisons nerveuses du sérum, par décollement des téguments, action vasomotrice, pression locale.

Dans un but semblable, visant une lésion des terminaisons nerveuses, Sicard injecte du lipiodol, WEIL de l'alcool.

HAMBURGER, en 1932, propose l'auto-hémothérapie locale, bien que, dit-il, la substance introduite ait une importance secondaire ; mais il réfute l'idée d'une action mécanique seule en cause, car il constate la disparition dans de nombreux cas du prurit, effet se prolongeant même après que le liquide injecté s'est résorbé : donc l'immunité locale est acquise.

En 1933, MM. TZANCK, O. BERGER et SIDI, reprenant les travaux des Viennois, injectent de la novocaïne localement, soit seule, soit associée à l'auto-hémothérapie locale, dans différentes affections dermatologiques.

Ces auteurs s'appuient sur les constatations suivantes :

1° Le prurit n'est que l'expression clinique du système nerveux périphérique ;

2° L'importance du prurit dans certains eczémas et concluent que, pour traiter un eczéma de ce genre, il faut éliminer le facteur prédisposant : l'hypersensibilité de la peau.

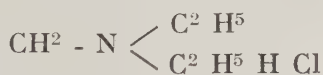
Cette méthode est en cours depuis ce temps à la consultation de dermatologie de l'hôpital Broca, et nous verrons plus loin les résultats obtenus et les conclusions que l'on peut retirer de cette pratique après cinq ans d'expérience.

CHAPITRE PREMIER

NOVOCAINE — ETUDE PHARMACOLOGIQUE

La novocaïne est un toxique inscrit au tableau A.

La novocaïne est le chlorydrate du paminobenzoyl-diéthylaminoéthanol et a pour formule :



Elle se présente sous forme de petits cristaux incolores, solubles dans leur poids d'eau froide ; solubles dans l'alcool, les solutions aqueuses sont neutres au tournesol. Bien que la novocaïne soit un chlorhydrate d'alcaloïde, sa base n'est pas précipitée par le bicarbonate de soude.

Action physiologique

Elle est 6 fois moins toxique que la cocaïne, 2 fois moins que la stovaïne. Ses actions générales sur l'organisme semblent être nulles aux doses thérapeutiques. On sait cependant que si on élève celles-ci de 0 gr. 15 par voie intra-rachidienne, des accidents peu-

vent apparaître. La novocaïne agit mieux sur les nerfs sensitifs que sur les nerfs moteurs. Elle est, sur les nerfs moteurs isolés, d'activité 5 fois plus grande, mais sur les nerfs sensitifs isolés un peu plus faible que la cocaïne.

Elle a le désavantage d'être peu anesthésiante pour les muqueuses, 14 fois moins que la cocaïne. On peut augmenter son activité en alcoolisant ses solutions (carbaïne).

Elle exerce aussi une action vaso-dilatatrice que l'on peut corriger par addition d'adrénaline à ses solutions, une à deux gouttes de la solution officinale.

Toutes les injections de novocaïne doivent être faites sur des malades couchés. Elles sont contre-indiquées chez les malades anémiés et hypotendus.

Les accidents qu'elle provoque sont en premier lieu les accidents bulbaires avec hypotension ; on les combat par des injections de caféine.

LIEBLE a essayé sur lui-même les injections de novocaïne à la dose de 0,40 à 0,75 en sous-cutané. Il sent immédiatement une sensation de chaleur. Au bout d'une heure apparaissent des nausées, puis des vomissements, de la céphalée, des vertiges, de la diplopie ; après 1 h. 1/2, il constate une paresthésie légère des extrémités.

CHAPITRE II

Technique générale

Nous employons de la novocaïne à 5 millièmes, car les résultats sont équivalents à ceux obtenus avec de la novocaïne au 1/100.

Nous utilisons de préférence une seringue de 10 cc. et une aiguille de taille variable selon la lésion à traiter. Il est bon d'avoir à sa disposition une aiguille assez longue, 10 cm., qui convient à de nombreux cas.

Le malade étant couché, après antisepsie de la région à l'alcool à 90° ou à la teinture d'iode, on pique les téguments directement au niveau de la lésion ou, de préférence, à sa périphérie, en peau saine, s'il existe une lésion dermatologique associée. Dans ce cas, on aborde la zone à traiter en cheminant sous la peau en poussant en même temps légèrement l'injection. La quantité de liquide injecté est variable, le principal est d'injecter totalement le tissu sous-cutané en-dessous de la lésion. Grâce à la novocaïne cette pratique est peu douloureuse.

On procède de la façon suivante :

La première semaine, on fait une série de deux ou trois piqûres, tous les deux ou trois jours. Puis, selon les résultats, on espace les injections.

On dépassera rarement dix séances.

Le sang que nous associons parfois à la novocaïne sera pris en quantité égale à celle-ci dans la même seringue, généralement 5 cc. de sang, 5 cc. de novocaïne, au niveau des veines du pli du coude, comme on le fait pour l'auto-hémothérapie. On aspire indifféremment en premier le sang ou la novocaïne.

Dans ce qui va suivre, nous appellerons « auto-hémothérapie locale » l'injection de sang sous-jacent à une lésion dermatologique dans le tissu sous-cutané.

En règle générale, l'injection de novocaïne ou de novocaïne associée à l'auto-hémothérapie locale s'adresse à des lésions bien limitées et circonscrites.

On peut traiter une ou deux lésions espacées à la fois ou successivement.

CHAPITRE III

INJECTIONS LOCALES DE NOVOCAINE EN DERMATOLOGIE

A. — Anesthésie locale en dermatologie

Nous nous excusons de ce court exposé. Bien qu'il diverge de la question thérapeutique, il est à la base de nombreuses petites interventions dermatologiques. Nous avons pensé que sa place était en tête de ce chapitre.

Comme nous le savons tous, l'anesthésie locale à la novocaïne permet :

L'électrocoagulation de petits cancers cutanés, de naevi pigmentaires.

Les petites interventions que le dermatologiste peut être amené à pratiquer et, en particulier, les biopsies.

Le curetage de petits lupus cutanés, des tuberculo-ses verruqueuses, des verrues juvéniles des doigts et de la main, des cors, des durillons, des verrues plantaires.

Nous nous permettrons de préciser l'anesthésie locale dans le traitement des verrues plantaires.

En effet, l'anesthésie locale est le temps le plus important du traitement, par curetage et application locale de permanganate, des verrues plantaires.

Nous aurons à notre disposition une aiguille fine dans le genre de celles à intra-dermo, car en cette région la sensibilité est très marquée ; en plus, nous emploierons une seringue semblable à celle utilisée pour les injections de lipiodol car l'infiltration du tissu plantaire nécessite une forte pression que l'on peut difficilement réaliser avec une seringue de Pravaz. La distension est assez douloureuse ; on injectera donc lentement en cheminant dans le tissu plantaire.

B. — Thérapeutique de lésions prurigineuses

Dans cet exposé, nous étudierons l'action thérapeutique de la novocaïne seule ou associée à l'auto-hémothérapie locale sur le prurit quel qu'en soit le siège et sur les lésions prurigineuses : l'eczéma, les névrodermites.

a) LE PRURIT. — Nous pourrions désigner par ce mot, avec L. JAQUET, « l'ensemble des sensations qui éveillent le désir et le besoin de se gratter ».

Au point de vue pathogénique, le prurit ne serait que la traduction de l'atteinte de l'appareil sensitif des téguments.

Loin de nous la pensée de traiter par les injections locales de novocaïne un prurit généralisé quelle qu'en soit la cause. De même, nous ne nous attaquerons pas à un prurit localisé, soit de cause externe, parasitaire

ou hémorroïdale, soit de cause bien déterminée, comme celui qui survient chez les hépatiques, les diabétiques, les leucémiques, ou qui accompagne certaines dermatoses, le lichen plan, l'urticaire, etc., car pour chacun de ces cas il existe une thérapeutique bien déterminée.

Nous ne parlerons que du prurit localisé d'origine obscure. Ce prurit survient par crises plus ou moins espacées, souvent rythmées, de durée variable, quelques minutes, quelques heures, parfois elles deviennent subintrantes et sur ce fond prurigineux surviennent des exacerbations.

Le prurit se manifeste de préférence ou s'exagère la nuit à la chaleur des draps, ôtant tout sommeil au malade. On comprend l'angoisse de ces malades dévorés par un prurit intense, durant depuis quelquefois dix ans, et qui ne peuvent dormir qu'accablés de sommeil après plusieurs nuits d'insomnie, ou grâce à de fortes doses de somnifères; certains même ont recours à la morphine.

Certes, depuis longtemps, les médecins se sont attaqués à cet état; tout fut essayé avec plus ou moins de succès : en premier lieu les traitements locaux : solutions au nitrate d'argent au 1/50, au 1/100, la résorcine, l'acide phénique, les lotions vinaigrées, mentholées, camphrées, les cold creams associés à la cocaïne, à la morphine. Puis les traitements désensibilisants per os : peptones, hyposulfites; les antispasmodiques.

Les injections intra-veineuses de bromure de sodium, 1 gramme dans 10 cc. de sérum, selon la méthode de LEBEOJEW.

L'auto-hémothérapie.

THIBERGER et RAVAUT ont même préconisé des ponctions lombaires, d'autres des injections épidurales.

Ensuite, devant de nombreux succès, on a recours à la physiothérapie sous toutes ses formes, aux rayons X. Enfin, certaines crises prurigineuses sont tellement rebelles à toute thérapeutique qu'on a songé à intervenir chirurgicalement en faisant des résections nerveuses.

La méthode proposée par MM. TZANCK, O. BERGER et SIDI a donné quelques résultats là où les traitements habituels avaient échoué.

On infiltre le tissu cellulaire sous-jacent à la région prurigineuse, soit en une solution de novocaïne seule, soit avec une solution de novocaïne plus sang, selon que le prurit est ou non associé à une lésion dermatologique visible. Cette thérapeutique nous a permis d'améliorer dans de grandes proportions et assez rapidement les prurits localisés, dont certains avaient résisté à toute autre thérapeutique.

Les succès les plus intéressants nous furent fournis par des prurits ano-vulvaires. Cependant, certains prurits anaux se montrèrent plus résistants, nécessitant des injections plus nombreuses pour une amélioration peu durable.

Notons un petit détail de technique particulier aux

injections locales dans les prurits valvaires : on pique vers le milieu des grandes lèvres, avec une aiguille longue. Pour les prurits anaux, le malade étant en position gènupectorales, on pique de chaque côté de l'anus et on injecte 20 à 30 cc. de novocaïne.

Avant de passer au paragraphe suivant, nous signalerons les effets thérapeutiques heureux obtenus par les injections locales de novocaïne dans les *fissures anales*.

Si nous plaçons ces quelques lignes à la suite du prurit, c'est que ces lésions sont souvent prurigineuses, et bien souvent le coup d'ongle donné au niveau de l'anus par un malade qui se gratte peut être le point de départ d'une fissure.

Nous connaissons les relations qui existent entre l'ulcération linéaire de la fissure anale et la contraction du sphincter. Le spasme serait dû à l'irritation des filets nerveux mis à nu au fond de l'ulcération, et l'ulcération serait entretenue par le spasme. Il existerait ainsi un cercle vicieux entre spasme et ulcère. Il suffirait donc de **supprimer** le facteur spasme pour voir apparaître la guérison. On obtient une section physiologique des filets nerveux, soit en injectant avec Bensaude de la benzocaïne, ou, comme nous l'avons fait à l'hôpital Broca, de la novocaïne dans le tissu sous-jacent à la lésion. Dans ce cas, nous distendrons le tissu par une injection de novocaïne assez considérable.

b) NÉVRODERMITE, ECZÉMA LOCALISÉ, — *Névrodermite*. Depuis Brocq qui les a séparées du groupe

confus des lichens, on appelle névrodermite une lésion cutanée caractérisée par un placard à bords assez nets de dimensions variables, de teinte brunâtre, avec exagération des sillons normaux de la peau lui donnant un aspect quadrillé, brillant, d'évolution lente, mais ayant tendance à l'extension ; s'accompagnant toujours de prurit, que ce dernier soit apparu avant ou après la lésion.

Eczéma localisé. Nous n'aurons en vue que les eczémas nettement localisés formant des placards prurigineux. Ils sont caractérisés à leur phase aiguë par une rougeur congestive de la peau sur laquelle se développent des vésicules, petites, acuminées, plus ou moins confluentes, de courte durée, dont la rupture donne lieu à l'écoulement d'un liquide transparent, aqueux qui, en se desséchant, forme des croûtelles mais ils peuvent avoir une évolution chronique qui aboutit finalement à une véritable névrodermite, comme c'est le cas de certains eczémas intercruraux.

Ces deux affections ont un caractère commun : elles s'accompagnent de prurit.

On a souvent employé sans grand succès les pommades à l'ichtyol, les lotions vinaigrées, les décapants, l'acide salicylique, ou plus récemment les rayons X.

Là encore, la méthode MM. TZANCK, O. BERGER et SIBI apporte quelques résultats satisfaisants.

Pour traiter ces lésions, on emploie la novocaïne associée à l'auto-hémothérapie locale, 5 cc. de sang prélevé par ponction veineuse et 5 cc. de novocaïne au 1/200 aspirée dans la même seringue. Après quelques

injections, on note d'abord une amélioration du prurit puis l'extinction des phénomènes aigus que pouvaient présenter ces lésions. Cependant, au niveau des placards de névrodermites, les téguments ne reprennent que lentement l'aspect normal, l'amélioration obtenue ne se manifeste généralement qu'au niveau des lésions traitées. Rarement deux plaques éloignées les unes des autres ont enregistré des améliorations à distance.

Les eczémas localisés, micosiques, les dermites artificielles ont un traitement bien déterminé qui ne relève pas des injections locales.

Observation n° 1.

M. W... Louis, 46 ans, Prurit anal sans eczématisation, durant depuis 2 ans. Quelques séances d'auto-hémo auraient apporté une légère amélioration.

A l'examen, pas d'hémorroïdes.

Le 16 décembre 1935, on formule du gardénal 0 gr. 02 tous les soirs pendant 10 jours, et on commence le traitement à l'auto-hémo locale plus novocaïne. La première semaine, on pratique trois injections, puis une tous les trois jours.

Le malade a été amélioré dès la première piqûre et guéri en trois semaines.

Observation n° 2.

Mme C... Marcelle, 32 ans, consulte pour un prurit anovulvaire apparu depuis trois mois, à prédominance nocturne, s'accroissant au moment des règles.

A l'examen, on remarque un érythème péréal à teinte bistre, à bords irréguliers, à sa surface quelques érosions superficielles. Pas d'hémorroïdes, pas d'oxiures, pas de lésions utéro-anxieuses ; pas de glucose dans les urines.

Traitement à la novocaïne en injections locales.

A la deuxième piqûre, la malade peut dormir ; disparition du prurit.

Le 24-10-34, après quatre piqûres, guérison du prurit et des lésions cutanées.

Observation n° 3.

Mme P... Marie-Louise, 34 ans. Vient consulter pour un prurit vulvaire. Le début remonte à 1925 ; à cette même époque est apparue une plaque prurigineuse au cou. En 1929, la malade est soignée par différentes pommades, mais le prurit persiste très intense, surtout la nuit, empêchant tout sommeil à la malade.

Elle constate que le prurit augmente au moment des règles.

Soignée il y a un mois par auto-hémo générale pour furonculose, la malade a remarqué une amélioration. A l'examen, on constate une lichénification péri-vulvaire, les tissus sont infiltrés, eczématisés. Le B.W. est négatif.

Le 27-10-35, on injecte de la novocaïne et auto-hémo locale. Quand nous la revoyons, deux jours après, le prurit a diminué, mais la malade fait une poussée de furonculose.

On continue le traitement. Le 10-11-35, le prurit a disparu, le prurit est guéri.

Observation n° 4.

M. R... François, 35 ans. Prurit anal, depuis 2 ans traité par pommades sans succès. A l'interrogatoire, on ne trouve rien dans les antécédents.

A l'examen, il existe un eczéma au pourtour de l'anus. A l'anuscope, nous n'avons pas vu d'hémorroïdes.

Le 24 mars 1936 est faite une première piqûre d'auto-hémo locale plus novocaïne. Amélioration nette qui a abouti à la guérison.

Observation n° 5.

M. P... Paul, 58 ans, *prurit anal* depuis 3 ou 4 ans. A été traité pour des hémorroïdes par des injections sclérosantes.

Le prurit persistant, il lui aurait été fait de la radiothérapie.

A l'examen, *eczéma* localisé au pourtour de l'anus, sur 2 cm. de diamètre.

Le 1^{er} février 1935, injection de novocaïne. Le 3-2-35, grosse amélioration. Après 9 injections locales, disparition presque complète de l'eczématisation.

Observation n° 6.

Mme L... Renée, 54 ans, consulte le 5-3-36 pour un prurit anal durant depuis deux mois. Elle a été traitée par la haute fréquence qui a amené une amélioration suivie de rechute.

A l'examen, grosse lésion d'eczéma péri-anal sur trois travers de doigt. Après trois injections de novocaïne, on constate une importante amélioration.

Observation n° 7.

M. A... C..., 32 ans, maître d'hôtel. Vient consulter à l'hôpital Broca pour un placard érythémato-squameux au pli inguinal gauche. Le début remonte à 5 ans. L'évolution de la plaque s'est faite par poussées successives.

A l'examen, placard prurigineux bistré, nettement limité, arrondi, couvert de squames très fines, ce placard est lichénifié.

Le 17 janvier 1935, il est pratiqué une infiltration sous-lésionnelle de novocaïne. Le 19 janvier, amélioration du prurit ; nouvelle séance de novocaïne ; le 24 janvier, le prurit s'atténue de plus en plus. Le traitement est continué à la cadence d'une injection par semaine. Le 16 février, le placard n'est plus prurigineux, il a nettement diminué de surface, il n'est plus squameux, le centre est encore légèrement brunâtre. On continue le traitement.

Observation n° 8.

M. C... Louis, 29 ans. Consulte pour une plaque de la grandeur d'une pièce de 20 francs apparue spontanément il y a deux mois et qui s'est progressivement agrandie depuis. Cette

plaque est à peu près circulaire, bien limitée, de couleur rouge vif, couverte sur la plus grande partie de la surface par une croûte d'épaisseur inégale, elle paraît légèrement saillante. Elle n'est pas douloureuse mais un peu prurigineuse. A sa périphérie, la peau est normale.

Diagnostic : Eczéma lichénifié.

Traitement par ordre chronologique :

17 août 1936 : Pommade à l'oxyde jaune.

22 août 1936 : On continue le traitement.

25 août 1936 : Pommade à l'ichtyol.

29 août 1936 : Pommade à l'ichtyol.

5 sept. 1936 : Première injection auto-hémo locale plus novocaïne.

12 sept. 1936 : Injection auto-hémo locale plus novocaïne.

19 sept. 1936 : Amélioration. On continue le traitement.

22 sept. 1936 : Amélioration notable, la lésion n'est plus prurigineuse.

On continue le traitement par une pâte à base d'ichtyol.

Observation n° 9.

Mme R... Charlotte, 61 ans, couturière. Vient consulter pour lichénifications (28 juillet 1936).

La malade présente depuis dix ans, au niveau de la face latérale du cou, à droite, un placard érythémateux angulaire à base parallèle à la clavicule de 8 cm. de long, le sommet est dans les cheveux. Placard érythémateux, lichénifié, épaississement, quadrillé, aspect fortement squameux, brillant, prurigineux.

Ce placard aurait été localisé dix ans auparavant derrière l'oreille droite, moins étendu qu'à présent. Il aurait commencé à s'étendre depuis quelques mois.

Injections locales de novocaïne.

4 août : Diminution du prurit.

14 août : Diminution de la plaque.

25 sept. : Guérison.

C. — Thérapeutique de l'Herpès

L'herpès est une éruption de bouquets de vésicules sur une zone érythémateuse cédant la place, suivant le siège, à une croûte jaunâtre, ou à une érosion très superficielle microcyclique ou polycyclique disparaissant en peu de jours ; elle est accompagnée d'une légère cuisson.

Le siège : les lèvres, la région péribuccale, les organes génitaux, les fesses, les joues, rarement les doigts.

La caractéristique de cette infection est qu'elle récidive très souvent chez le même sujet ; les vésicules reviennent aux mêmes places que lors de la poussée précédente. Par exemple, à l'occasion des règles chez la femme, à chaque coït chez l'homme.

L'herpès serait considéré actuellement comme une maladie due à un virus inconnu dermo et neurotrope (inoculation à la cornée du lapin : TESSIER, GASTINEL et REUILLY).

Il semble qu'il y ait une prédisposition locale peut-être liée à une atteinte des terminaisons cutanées d'un certain rameau nerveux, ce qui semble confirmé par l'herpès de la main ; celui-ci est tellement lié dans sa disposition à l'innervation qu'on l'avait rapproché du zona.

Le traitement de la poussée herpétique est simple : il suffit généralement de talquer la lésion et d'éviter l'infection secondaire.

Mais, comme nous l'avons vu, l'herpès a la fâcheuse tendance à récidiver et, de ce fait, est une source d'en-

nuis pour le malade. Le traitement de cet herpès récidivant s'avère très décevant. Les méthodes anti-infectieuses se sont montrées jusqu'à ce jour inefficaces; les méthodes de désensibilisation ont donné d'heureux résultats dans certains cas.

MILIAN a proposé la radiothérapie au niveau de l'émergence du nerf qui se rend au territoire cutané ou localement.

MM. TZANCK et SIDI nous ont montré, en 1934, les succès obtenus dans quelques cas d'herpès rebelles à toutes thérapeutiques précédentes par les injections locales de novocaïne.

Les résultats les plus encourageants furent obtenus dans le traitement de l'*herpès cataménial*.

En effet, dans ce cas, la thérapeutique découle de deux faits précis :

1° On connaît d'avance la date des prochaines règles ;

2° On sait que l'herpès se produit généralement là où il était apparu précédemment.

Donc, en pratique, nous injectons de la novocaïne selon la technique habituelle, à l'endroit où l'herpès doit apparaître, 15 jours et 8 jours avant la date présumée des règles.

On poursuit cette thérapeutique pendant trois ou quatre mois.

L'expérience nous montre que très souvent, dès les premières règles, après les injections locales, l'herpès n'apparaît pas. La malade ne ressent qu'une légère sensation de cuisson ou un prurit discret.

Les résultats obtenus dans le traitement de l'*herpès de la verge* semblent satisfaisants, mais beaucoup moins nets que dans le cas de l'*herpès cataménial*.

On pique en pleine muqueuse avec une aiguille fine. Cette pratique est peu douloureuse. On injecte quelques cc. de novocaïne au 1/200. Parfois on constate un œdème de la verge pendant 3/4 d'heure.

Un certain nombre d'*herpès* récidivants de la verge ne se sont plus reproduits après une ou deux séances d'injection de novocaïne. Certains, cependant, sont réapparus, mais à de plus grands intervalles, et bien souvent il a suffi de quelques injections supplémentaires pour parachever la guérison.

On a traité par le même procédé et avec succès des *herpès* survenant au niveau de la fesse au cours d'un traitement antisypilitique par injection intra-musculaire de Bismuth, après chaque piqure.

Dans ce cas, on infiltre quelques jours avant et au moment même de l'injection de Bismuth à l'endroit où l'*herpès* va se produire.

HERPÈS DE LA VERGE.

Observation n° 1.

M. P... Lucien, 25 ans, vient consulter pour *herpès de la verge*. Depuis deux mois environ, il remarque que très fréquemment après relations avec sa femme, il présente autour du gland des lésions précédées d'une légère sensation de cuisson ; celles-ci ont la forme d'une légère érosion polycyclique. Craignant une maladie vénérienne, il vient consulter à l'hôpital Broca.

Le malade est examiné pour la première fois le 1^{er} août 1935. On entreprend le même jour le traitement à la novocaïne.

Il revient le 8 août 1935 et dit qu'à la suite de cette première injection il a eu un œdème du gland d'une durée de 3/4 d'heure, mais l'herpès ne s'est plus produit avant la veille de la deuxième consultation. Une deuxième injection, puis une troisième le 18 août : l'herpès ne s'est plus reproduit.

HERPÈS SURVENANT APRÈS INJECTION DE BISMUTH.

Observation n° 2.

M. G... Henri, en traitement à la consultation de vénérologie à l'hôpital Broca, présente après chaque injection de Bismuth un herpès de la fesse.

On pratique avant l'injection de Quinby une infiltration de novocaïne au niveau du siège habituel de la lésion herpétique.

L'herpès ne se produit pas ; le malade a seulement senti une légère sensation de cuisson.

HERPÈS CATAMÉNIAL.

Observation n° 3.

Mlle P... Lucienne, 24 ans, vient consulter pour une éruption caractérisée par de petites crotelles sous lesquelles on peut apercevoir une érosion superficielle polycyclique légèrement infiltrée au niveau de la joue droite, près de la commissure des lèvres, précédée d'une sensation de cuisson. Ceci impose le diagnostic d'herpès. Il survient la veille des règles et dure 2 à 3 jours. Le début de cette éruption remonte à 5 ans mais il récidive surtout depuis 14 mois, à chaque époque cataméniale.

Le traitement à la novocaïne est commencé le 7 février 1935, 8 jours avant les règles ; la malade est vue quelques

jours après, l'herpès ne s'est pas produit. La malade en s'observant a senti un léger prurit au niveau habituel de l'herpès. On conseille à la malade de revenir 15 jours avant les règles suivantes. A cette date on fait une injection, puis une seconde 8 jours après.

Nous avons revu la malade par la suite. L'herpès ne s'est plus reproduit.

Observation n° 4.

M. R... Jacques, 28 ans, charpentier, vient consulter pour herpès de la verge survenant tous les 4 ou 5 jours depuis 2 mois. A été traité par l'aloplastine et solution au mercurochrome localement.

Le 1^{er} août, infiltration de la verge, le 5-8 amélioration, le 13-8 nouvelle infiltration, le 27 grosse amélioration, le 11 septembre réapparition de quelques éléments.

Revu le 28 octobre, guérison.

D. — Thérapeutique du Zona

On sait que le zona est une affection caractérisée par des plaques érythémateuses à contour polycyclique, surmontées de vésicules. Presque toujours, l'éruption suit un trajet bien déterminé correspondant à celui d'un nerf et n'occupe qu'un côté du corps. En même temps, on constate des phénomènes nerveux plus ou moins intenses, persistant après l'éruption, et qui chez certains et en particulier chez les vieillards provoquent des douleurs lancinantes, térébrantes.

La sensibilité cutanée est souvent modifiée, hypo ou hyperesthésiée, souvent concomitante en des endroits rapprochés.

Ces accidents nerveux sont si importants qu'on n'a pas hésité à considérer comme zona fruste des névralgies tenaces persistantes, alors même que les accidents cutanés faisaient défaut.

Ces douleurs sont particulièrement rebelles à toute thérapeutique. Si les lésions cutanées se traitent facilement par le talc, le sous-nitrate de bismuth, l'acide picrique associé à l'alcool ou l'éther, et évoluent spontanément vers la dessiccation et la guérison s'il n'y a pas d'infection secondaire, par contre les douleurs, malgré l'emploi des liniments, du chloroforme, de la cocaïne en pommade, des analgésiques, du chloral, de l'opium, de la belladone, se montrent beaucoup plus rebelles et survivent de beaucoup à l'éruption.

Aussi contre elles a-t-on recours à l'alcoolisation du nerf, à l'électricité, aux rayons X, sur la région sus-jacente au ganglion spinal intéressé.

La nature localisée sur un trajet nerveux a incité MM. TZANCK et SIDI à essayer les injections locales de novocaïne associées à l'auto-hémothérapie locale.

La technique ne présente rien de particulier, sauf pour les zonas intercostaux, nous infiltrons la plaque la plus près de la colonne vertébrale.

Les résultats se sont montrés satisfaisants : immédiats dans les zonas récents. Dès la première injection, le malade ressent une accalmie de ses douleurs et les phénomènes nerveux cèdent rapidement en cours de traitement. L'éruption se dessèche plus rapidement et son évolution est raccourcie.

Pour les zonas anciens, à côté de très nombreux échecs, quelques améliorations ont été constatées.

Observations

ZONA ANCIEN.

M. Z... Angelo, 51 ans, maçon, présente un zona au flanc gauche étendu sur une largeur d'une paume de main.

La lésion cutanée était précédée de douleurs vives à type névralgique qui se sont atténuées au début de l'éruption, mais depuis ces douleurs avaient repris, lancinantes, continuelles, troublant son sommeil ; le pyrethane à fortes doses le calme un peu. Un traitement à l'auto-hémo fut entrepris en vain, trois séances de rayons X avaient apporté une régression passagère des douleurs.

Le traitement à la novocaïne plus auto-hémo locale est entrepris. A la cinquième séance, le malade a été légèrement amélioré mais il souffre encore ; le traitement est continué, mais nous n'avons pu obtenir d'amélioration nette.

ZONA RÉCENT.

Mme R... Françoise, 27 ans, vient consulter pour une réunion de plaques érythémateuses de vésicules, quelques-unes sont desséchées formant de légères croutelles. Ayant comme siège le thorax gauche, elles s'étendent de la partie postérieure à la partie intérieure du 7^e espace intercostal. Ces lésions sont peu douloureuses.

Devant ce zona, on injecte une solution de novocaïne associée à l'auto-hémo locale, sous la plaque la plus rapprochée de la colonne vertébrale.

On fait une deuxième injection deux jours après, puis une troisième dans la même semaine ; on constate, à la dessiccation rapide des lésions, la disparition totale de toutes douleurs.

La guérison sans séquelles est obtenue en 12 jours.

E. — Traitement des Algies

Nous ne nous occupons pas d'algies d'origine viscérale, articulaire, nerveuse ou vasculaire, qui n'intéressent que de très loin le dermatologiste.

Cependant, ce dernier peut avoir à traiter des algies tenaces consécutives à un zona, comme nous l'avons vu au paragraphe précédent, ou des cicatrices douloureuses et tout particulièrement certaines chéloïdes. Nous avons eu à traiter quelques cas de ces dernières où, précédemment, on avait eu recours à la physiothérapie, ionisation, diathermie, rayons X. Après infiltration de novocaïne dans le tissu sous-jacent, il nous a été possible d'observer une très légère amélioration fugace.

ACCIDENTS ET CONTRE-INDICATIONS

La novocaïne s'est montrée un produit peu toxique puisque la dose toxique serait, pour Chevalier et Serini, 0,50 ctg en intra-veineuse et 1 gr. en sous-cutané. Il faut remarquer que les accidents graves, quelquefois mortels, qu'elle a déterminés s'étaient produits avec des doses de novocaïne de beaucoup supérieures à celles que nous employons et qui sont de 30 cc. maximum d'une solution à 0,50 %, soit 15 ctg de novocaïne.

Nous éviterons cependant d'injecter la novocaïne dans une veine. Cependant, nous avons parfois observé des troubles passagers tels que : de la céphalée, des vertiges, de la lypothymie, de la tachycardie, des nausées, des vomissements, que l'on peut facilement éviter en pratiquant l'injection le malade couché, et qui cèdent généralement à l'absorption de café ou d'adrénaline, au besoin à l'injection sous-cutanée de caféine.

Les accidents locaux sont rares : on évitera facilement les accidents d'ordre infectieux par l'antisepsie de la peau et en s'abstenant devant une lésion infectée.

On observe quelquefois des œdèmes localisés qui persistent de quelques heures à 48 heures, une exacerbation passagère du prurit. Enfin, nous avons

•

eu l'occasion d'observer un cas de sensibilité toute particulière à la novocaïne : une malade atteinte d'un prurit vulvaire fit, après une injection d'auto-hémothérapie locale et novocaïne, une grosse dermite artificielle de la région périnéo-vulvaire. A quelque temps de là, une anesthésie à la novocaïne pour soins dentaires détermina une dermite péri-bucale. Les tests transépidermiques pratiqués chez elle montrent une sensibilité toute particulière à ce produit.

On a également cité des poussées urticariennes, des arthralgies, de l'albuminurie, après emploi de la novocaïne. Personnellement, nous n'avons jamais observé de tels accidents.

INTOLÉRANCE A LA NOVOCAÏNE.

Observation n° 1.

M. P., Raoul, 44 ans atteint d'un prurit anal depuis 7 mois avec lichénification de la partie supérieure gauche de la marge de l'anus, a été traité par l'auto-hémo générale sans résultat, puis on lui a sclérosé les hémorroïdes.

Le 14 octobre 1934, on lui fait une première injection d'auto-hémo locale et novocaïne ; le soir même de l'injection il se produit une poussée d'eczéma.

Il a été fait dans le service des intra-dermo à la novocaïne, à la novocaïne plus sang, au sang. Les deux premières se montrèrent positives, le test au sang négatif.

On continue le traitement par auto-hémo locale seule.

Observation n° 2.

Mme R., Jeanne, 30 ans, vient consulter pour un prurit ano-vulvaire. Le traitement à la novocaïne plus sang est proposé.

Le 14 septembre 1934, on commence le traitement ; dès le lendemain, la malade vient nous trouver pour une rougeur très prurigineuse de la région traitée. Devant cette dermite artificielle, on arrête le traitement.

Cette malade a été suivie dans le service. Un an après, elle se rend chez le dentiste pour se faire extraire une molaire. L'anesthésie est faite à la novocaïne ; elle détermine le soir-même une dermite péribuccale.

La malade revient consulter pour cette lésion le lendemain matin. Les tests à la novocaïne qui furent pratiqués dans le service se montrèrent positifs.

CONCLUSION

Depuis quelques années, la novocaïne est utilisée en injection locale comme moyen thérapeutique, dans certaines dermatoses, avec des résultats divers.

Les résultats se montrèrent souvent heureux dans les prurits isolés, les eczémas circonscrits, les névrodermites. Dans certains de ces cas, il s'est montré avantageux d'associer l'auto-hémothérapie locale à la novocaïne.

Dans l'herpès récidivant, et en particulier dans l'herpès cataménial, ces procédés thérapeutiques se montrent très fréquemment actifs.

Par contre, dans le zona et surtout dans les zonas anciens, les résultats sont beaucoup moins constants.

Les incidents sont rares, et d'ailleurs bénins. Nous en avons cité deux cas précédemment.

L'injection locale de novocaïne, en raison de la simplicité de sa technique et du peu de danger qu'elle présente, semble pouvoir être utilisée de façon courante

sous réserve de quelques rares cas de sensibilité individuelle qu'il sera d'ailleurs facile de dépister.

Vu le Doyen

ROUSSY

Vu le Président

de thèse,

F. RATHERY.

Vu le Recteur

CHARLETY

BIBLIOGRAPHIE

- FUSTER (E.). — Traitement des affections neurocutanées, Paris, 1929.
- HAMBURGER (M.). — Traitement des neurodermites et des eczémias localisés par distension cutané et autonémo (*Bull. Médical*, n° 15, 9 Avril 1932, p. 263).
- LÉVY FRANKEL et GERSEN (L.). — Les injections sous-cutanées locales de sérum physiologique dans les prurits et eczémias lichenifiés (*La Médicale de l'Opéra*, 11 Février 1932, et *Journal de Médecine de Paris*, n° 12, 28 Avril 1932, p. 337).
- FRANCK (A.), BERGER (O.) et SIDIDI (E.). — Traitement des prurits localisés et des eczémias circonscrits par les injections de novocaïne et autohémothérapie (*Soc. de Derm. et de Syph.*, séance du 14 Décembre 1934).
- CHAPUIS (P.). — Contribution à l'étude du traitement du prurit anovulvaire (*Thèse*, Paris, Jouve, 34).
- BENSANDE et CHÈNES. — Traitement du prurit anal par les injections sous-cutanées anesthésiantes (*Journal méd.* XVIII, 12 Février 1929, p. 8).
- LESGUILLONS (R.). — Les injections locales de sang et novocaïne dans le traitement des eczémias et des lichénifications circonscrits (*Thèse*, Paris, 1935).
- FRANCK (A.), BERGER (O.) et SIDI (E.). — Injection locale de novocaïne dans un cas d'herpès rebèle (*Bull. Soc. dermatologie et syphiligraphie*, séance du 25 Novembre 1934).
- BERGER (O.). — Die Ausschaltung des Juckreizjes in der therapie hosträckiger. Ekjeme (*Wiener Klin. Wochenschrift* 1931, n° 25).

GABRIEL (W.B.). — Treatment of prurit ani and anal fissure use of anesthetic solution in oil (*Brit. M. J.* I, 1.070, 15 juin 1929).

R. LERICHE et R. FONTAINE. — De la valeur thérapeutique des infiltrations péri-articulaires à la novocaïne dans les entorses et les arthrites traumatiques (*Presse Médicale*, n° 280.282, 20 Février 1932).

PERRITZ. — Zur pathologie and thérapie der Akuten dermatite, 1931.

